



Estudos de Psicologia

ISSN: 1413-294X

revpsi@cchla.ufrn.br

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Brasil

Braga Cartaxo, Charmênia Maria; Domingues do Nascimento, Carlos Alberto; Menino Diniz, Cinthia
Martins; Rodrigues Pinheiro de Araujo Brasil, Danyelle; da Silva, Iris Fátima
Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical
Estudos de Psicologia, vol. 18, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 419-427
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26128793002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical

Charmênia Maria Braga Cartaxo

Carlos Alberto Domingues do Nascimento

Universidade de Pernambuco

Hospital Ulysses Pernambucano

Cinthia Martins Menino Diniz

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Danyelle Rodrigues Pinheiro de Araujo Brasil

Faculdade Estácio do Recife

Iris Fátima da Silva

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Resumo

A gestação, em geral, repercute emocionalmente na mulher e, mais intensamente, quando associada a uma situação clínica comprometedora da saúde do filho, como na possibilidade de transmissão vertical do HIV. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo investigar as significações subjetivas das gestantes portadoras de HIV sobre a realização das ações de prevenção da transmissão vertical. Para tanto, recorreu-se a uma investigação do tipo transversal, de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, da qual, segundo o critério de saturação do conteúdo, participaram 12 gestantes. Os resultados demonstraram que as gestantes têm dificuldades imediatas para aderir aos medicamentos antirretrovirais, relutância em aceitar a possível indicação do parto cesáreo e frustração, permeada por sentimentos de culpa, diante da impossibilidade de amamentação do filho. Observa-se, assim, a necessidade de ações de apoio socioemocional a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, especialmente os psicólogos, para favorecer o enfrentamento da transmissão vertical.

Palavras-chave: aspectos psicológicos; gestação; HIV; transmissão vertical de doença infecciosa.

Abstract

Pregnant with HIV/AIDS: Psychological aspects related to the vertical transmission prevention. Gestation, in general, emotionally influences in women's life and, more intensively, when it's associated to a compromising clinical situation of the child's health, as in the possibility of a HIV vertical transmission. In this context, the current study aimed the investigation of the subjective meanings of the pregnant women who carry the HIV and that have been subjected to actions to prevent the vertical transmission. For that, a transversal, descriptive and exploratory – with a qualitative approach – investigation was used. In that investigation, according to the saturation of the content, 12 pregnant women participated. The results demonstrated that the pregnant women have difficulty to adhere the antiretroviral medications, reluctance to accept the possible indication of a c-section and frustration, fulfilled with feelings of guilt due to the impossibility of breastfeeding their child. It was observed, therefore, the necessity of socio-emotional support actions that must be developed by the health professionals, mainly the psychologists, in order to cope with vertical transmission.

Keywords: psychological aspects; pregnancy; HIV; infectious disease transmission vertical.

Resumen

Gestantes portadoras de VIH/SIDA: Aspectos psicológicos sobre la prevención de la transmisión vertical. La gestación, en general, repercute emocionalmente en la mujer y, más intensamente, cuando asociada a una situación clínica comprometedora de la salud del hijo, como en la posibilidad de transmisión vertical del SIDA. En este contexto, el presente estudio tuvo por objetivo investigar las significaciones subjetivas de las gestantes portadoras del SIDA sobre la realización de las acciones de prevención de la transmisión vertical. Para ello, se recurrió a una investigación del tipo transversal, de naturaleza descriptiva y exploratoria, con abordaje cualitativo, de la cual, según el criterio de saturación del contenido, participaron 12 gestantes. Los resultados demostraron que las gestantes tienen dificultades inmediatas para adherir a los medicamentos

antirretrovirales, relucencia en aceptar la posible indicación del parto cesáreo y frustración, permeada por sentimientos de culpa, frente a la imposibilidad de amamantamiento del hijo. Se observa, así, la necesidad de acciones de apoyo socioemocional a ser desarrolladas por los profesionales de salud, especialmente los psicólogos, para favorecer el enfrentamiento de la transmisión vertical.

Palabras clave: aspectos psicológicos; gestación; SIDA; transmisión vertical de enfermedad infecciosa.

A infecção por HIV é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Em relatório publicado em 2012, a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) admitiam que, até o término de 2011, existiriam 34 milhões de portadoras do HIV no mundo, configurando-se, assim, um quadro de pandemia (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS [UNAIDS], 2012).

Nesse contexto, a política de prevenção e atenção ao HIV/AIDS no Brasil é mundialmente reconhecida como uma das mais eficazes (UNAIDS, 2009). O conjunto das ações implantadas e desenvolvidas tem, em geral, favorecido uma maior concentração e tendência à estabilização da AIDS. No que se refere ao tratamento dos pacientes soropositivos, a distribuição gratuita de medicamentos tem possibilitado uma maior sobrevida e uma melhor qualidade de vida. Em 2011, apesar do registro de 253.706 mil óbitos, a taxa de mortalidade, considerando-se o ano de 2002, quando era de 6,3 por 100 mil habitantes, sofreu uma redução de aproximadamente 12%, passando para 5,6 (Ministério da Saúde [MS], 2012).

No que pese essa situação favorável, o conjunto das notificações demonstra que a epidemia permanece em patamares elevados, principalmente entre as mulheres. Tomando-se por referência o mês de junho de 2011, tem-se, atualmente, a identificação de 426.459 mil casos soropositivos do sexo masculino e 230.161 mil do sexo feminino, sendo a razão entre ambos de 1:7 (M:F), o que reafirma a tendência à feminização já observada em anos anteriores, pois, na década de 80, início da epidemia no Brasil, a razão era de 14:1 (M:F) (Fonseca, Szwarcwald, & Bastos, 2002; MS, 2012). No período de 2000-2011, tem-se o registro de 66.074 mil casos de gestantes soropositivas, e, ao mesmo tempo, uma taxa de incidência de 5,4 para crianças menores de 5 anos (MS, 2012). A feminização incide sobre as gestantes e, assim, sobre parte da população infantil, pois as gestantes infectadas, pela transmissão vertical (TV) têm a possibilidade de contaminar o filho durante a gestação, parto e pós-parto.

A vigilância epidemiológica a gestantes vivendo com HIV/AIDS, implantada a partir do ano 2000, além de monitorar a disseminação do HIV nesta população, tem desenvolvido ações eficazes de prevenção da TV. Em números absolutos, para o período de 2000-2011, observa-se uma acentuada diminuição nessa forma de transmissão, que passou de 840 casos para 259 (MS, 2012). Todavia, o número de gestantes infectadas ainda é de 6.540 casos, dando-se, inclusive, o aumento do coeficiente entre 2010 (% 2,1) e 2011 (2,3%) (MS, 2012). Para essas gestantes, o risco de contaminação por TV, havendo o contato da criança com o sangue e/ou secreção vaginal infectados, situa-se entre 25% e 30% (MS, 2010). O aleitamento, caso seja mantida a

amamentação natural, é responsável por 14% de infecções, mesmo com o uso de antirretrovirais (MS, 2010).

O conjunto das medidas preventivas estabelecidas são as seguintes: a) realização de cesárea eletiva, quando a gestante utilizou, profilaticamente, apenas a monoterapia com AZT ou apresente, no último trimestre gestacional, uma carga viral desconhecida ou ≥ 1.000 cópias/ml, b) administração da terapia antirretroviral (TARV) à mulher durante a gestação, trabalho de parto e parto, c) administração de zidovuzina (AZT) no recém-nascido durante as seis primeiras semanas de vida (42 dias) e d) substituição da amamentação natural pelo aleitamento artificial (MS, 2010). Nesse contexto, temos que o conhecimento do estado sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico, mediante a adoção dessas medidas profiláticas, reduzem, significativamente, o risco de TV do HIV: de 0 até 2% (MS, 2010).

Para a mulher, em geral, o ciclo gravídico configura uma experiência singular e complexa, permeada por vivências ambivalentes, como alegria/tristeza, segurança/insegurança, amor/raiva, etc. (Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes, 2004). Para as gestantes portadoras de HIV, essa ambivalência também se faz acompanhar de um estado de ansiedade e culpabilidade decorrente da possibilidade de contaminação do filho pela TV (Carvalho & Piccinini, 2006; Rigoni, Pereira, Carvalho, & Piccinini, 2008). Como visto, embora o esquema profilático da TARV reduza, significativamente, o risco de infecção, propiciando certa tranquilidade para a gestante, ainda persiste uma condição de ansiedade, pois algumas informações fornecidas durante o aconselhamento da TRAV são geradoras de expectativas negativas, ou seja, o risco de infecção é reduzido, mas não é total; o diagnóstico definitivo de não infecção do recém-nascido se estende até os 18 meses de nascida; e o uso de antirretrovirais pode acarretar efeitos adversos potenciais para a gestante e o feto ou recém-nascido (MS, 2010).

A gestante também se confronta com a possibilidade de que a infecção da AIDS se manifeste nela, ou em seu filho, caso se dê a infecção pela ineficácia das medidas profiláticas. Diante desta possibilidade, o conjunto de suas expectativas sobre a maternidade veicula-se a uma condição existencial, na qual a morte não é só imaginária, mas uma possibilidade real, podendo até ser apreendida como imediata. Tal dimensão de perda e frustração, resultando num estado de ansiedade, pode desadaptar emocionalmente a gestante, desajustando, em maior ou menor grau, sua relação com a realidade e consigo.

A assistência à mulher durante a gravidez, dada a repercussão psicológica ocasionada pela maternidade, impõe uma assistência fundamentada na perspectiva da humanização, ou seja, o profissional de saúde, além das orientações e intervenções clínicas, deve promover uma relação interpessoal, baseada no

acolhimento das vivências subjetivas positivas e negativas da gestante. A finalidade dessa relação, seja pelo aconselhamento ou apoio psicológico, é a promoção de um processo de escuta que favoreça a expressão e elaboração das angústias que emergem em função da descoberta da contaminação, e, concomitantemente, da possibilidade de transmissão para o filho. Não se trata, então, de estratégias que visem apenas ao convencimento de realização de uma prática profilática ou de autocuidado, o que, muitas vezes acontece, ou, pelo menos, é enfatizado nos serviços de saúde (Carneiro & Coelho, 2010; Carvalho, Faria, Gonçalves, Moskovics, & Piccinini, 2009).

Trata-se, antes, de promover uma assistência que, em sua estrutura física, equipamentos e, principalmente, na postura e atitudes dos profissionais de saúde, assista as angústias e, quando for o caso, o sofrimento da mulher durante todo o ciclo gravídico (Gonçalves & Piccinini; 2007; MS, 2010). Uma perspectiva que é relevante para o processo gestacional em geral e, mais ainda, para aqueles em que alguma intercorrência acentue o estado de ansiedade da gestante, como, por exemplo, no caso da TV do HIV. Os temores associados a essa condição clínica impõem uma assistência baseada numa interação empática, à qual, além da eficácia dos procedimentos técnicos, propicie o enfrentamento do estado ansiogênico inerente à situação. Para tanto, é imprescindível conhecer as condições psicológicas da gestante soropositiva e suas expectativas em relação à maternidade, as quais, muitas vezes, é relevada, já que a maioria dos estudos desenvolvidos sobre o tema focalizam os aspectos clínicos, epidemiológicos e, quando muito, os socioculturais (Gonçalves & Piccinini, 2007; Rigoni et al., 2008).

Dessa forma, considerou-se relevante investigar as condições psicológicas das gestantes que, vivendo com o HIV/AIDS, se submetem à prevenção da contaminação do filho pela TV. Para tanto, o estudo teve por objetivo levantar as significações subjetivas das gestantes portadoras de HIV sobre as medidas profiláticas associadas a TV. Tal conhecimento poderá subsidiar os profissionais de saúde, particularmente os psicólogos, na efetivação da prática de aconselhamento e apoio psicológico no âmbito hospitalar, ambulatorial ou psicoterápico.

Método

O presente estudo, do tipo transversal e de natureza descritiva e exploratória, fundamentou-se numa abordagem qualitativa. Nesse tipo de abordagem, prioriza-se o levantamento de informações que revelem as significações subjetivas - motivos, crenças e atitudes - relacionadas ao fenômeno estudado, no caso, a gestação em função da TV (Franco, 2008; Minayo, 2002).

Para assegurar a ocorrência das informações pretendidas, as participantes do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) adulta com faixa etária compreendida entre 21 e 39 anos de idade; b) inexistência de transtorno mental grave (depressão, esquizofrenia, alcoolismo etc.), c) período gestacional compreendido entre o 3º e o 7º mês e d) está realizando quimioprofilaxia (monoterapia ou terapia combinada). A partir desses critérios, durante o segundo semestre de 2007, recorreu-se à clientela ambulatorial de um Serviço de Assistência

Especializada – SAE em HIV/AIDS num hospital localizado na cidade de Recife, no estado de Pernambuco.

As participantes foram recrutadas mediante análise dos prontuários e orientação de psicólogos, enfermeiros e médicos. Constituiu-se, segundo o critério de saturação do conteúdo, uma amostra proposital de 12 mulheres (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Minayo, 2002; Turato, 2003). Uma vez selecionadas, as participantes foram submetidas a uma entrevista semiestruturada na qual foram abordados os seguintes eixos temáticos: a) uso e efeito dos medicamentos antirretrovirais, b) expectativas sobre a realização do parto cesáreo e c) proibição da amamentação e inibições da lactação. As entrevistas foram realizadas no SAE, em ambiente reservado e com condições físicas adequadas.

Para organização dos dados, considerou-se, inicialmente, a transcrição das entrevistas. Posteriormente, segundo os fundamentos que orientam a análise de conteúdo, operacionalizou-se a análise, identificação e categorização das unidades discursivas e suas significações subjetivas (Bardin, 1997; Polit, Beck, & Hungler, 2004). Dessa análise, surgiram as seguintes categorias temáticas: a) a realização da TRAV, b) a indicação do parto cesáreo e c) a privação da amamentação. Os depoimentos foram identificados com o código P (Participante), acompanhado de um número de identificação (P nº). Para a discussão dos dados, considerou-se tanto a reflexão sobre estes como a literatura científica veiculada à temática.

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros (CEP/CISAM), o qual, segundo a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, emitiu parecer favorável à sua realização (CAAE-0027.0.097.000-06). Para serem inseridas na pesquisa, as participantes, após esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, o sigilo de identificação, a realização da gravação das entrevistas e a divulgação pública dos resultados, formalizaram sua adesão com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

O conjunto das participantes apresentava as seguintes características gerais: a) faixa etária entre 23 e 33 anos, b) nove com relação civil e três, estável, c) cinco praticantes da religião católica, cinco da protestante e dois, da espírita. Durante a coleta, 11 exerciam atividades relacionadas e restritas ao cuidado do próprio lar e uma estava desempregada. O nível de escolaridade abrangeu o ensino fundamental e o segundo grau, com, respectivamente, sete e cinco participantes. O tempo médio de gestação estava em cinco meses e duas semanas, sendo oito multiparas e quatro primíparas. Tais características, embora relevantes, não foram enfaticamente relacionadas à interpretação dos dados, a qual, segundo o objetivo proposto, circunscreveu-se à reflexão sobre as significações subjetivas expressas nos conteúdos das unidades discursivas.

A realização da terapia antirretroviral

A não adesão a tratamentos terapêuticos é uma realidade que abrange tanto países pobres como ricos, para os mais

variados tipos de doenças (AIDS, hipertensão arterial, câncer etc.). O espectro de fatores que compromete a adesão é amplo, comportando, dentre outros, os entraves na rotina cotidiana (esquecimento), as condições psicológicas (estresse), os valores culturais (preconceito) e a organização dos serviços assistenciais (Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro, & Silveira, 2002). Como o comprometimento da adesão é multifatorial, tem-se, geralmente, a interação desses fatores.

Entre os pacientes submetidos à TARV, a não adesão decorre de fatores como a ingestão de grande quantidade de comprimidos (de 10 a 20 diários), alterações dietéticas, efeitos colaterais da medicação, uso de drogas, fatores étnicos, condições socioeconômicas etc. (Brito, Szwarcwald, & Castilho, 2006; Gir, Vaichulonis, & Oliveira, 2005; Leite et al., 2002). Considerando-se como critério de adesão a ingestão de 80% dos comprimidos prescritos, observa-se, no Brasil e em países, como EUA e Inglaterra, uma adesão entre 60% e 75% (Brito et al., 2006). Todavia, segundo outros estudos, para que haja eficácia terapêutica, considerando-se o nível de supressão viral, a ingestão dos antirretrovirais deve ser igual ou superior a 95% das doses prescritas (MS, 2008). Trata-se de uma situação cujas consequências são individuais, ou seja, o comprometimento da efetividade do tratamento e, portanto, da sobrevida do paciente, e coletivas, pois favorece a criação e disseminação de vírus mais resistentes (Brito et al., 2006).

A terapia compreende duas situações de uso dos antirretrovirais: pela mulher, a partir do terceiro trimestre de gestação (via oral) e durante o parto (via endovenosa) e, pela criança, durante as seis primeiras semanas após o parto (MS, 2008; MS, 2010). Dessa forma, as participantes, cuja gestação estava acima do 3º mês, mencionaram a continuidade e a quantidade de comprimidos como o fator que mais lhes dificultava a adesão:

P1: Para mim, era tão difícil ter que viver permanentemente com essa droga. Era difícil, mas agora estou mais conformada, estou tomando.

P7: Eu não gostei não, para falar a verdade não queria. Logo no primeiro dia, que falaram que tinha de tomar seis comprimidos, me espantei. Agora já estou acostumada, me interesso mais em fazer o tratamento. Fiquei pensando assim: “Depois que a criança nascer, não quero mais fazer o tratamento”, mas já penso diferente.

P9: Eu disse a ela [médica] que ia tomar somente um comprimido por dia. Ela disse que não podia, tinha que ser seis comprimidos de manhã e seis de noite. Agora estou tomando todinho.

Diante de situações de adoecimento crônico, que sinalizem ou não a possibilidade de morte, os pacientes, para se adaptarem à sua nova condição, recorrem a estratégias defensivas. Um mecanismo de defesa utilizado para evitar sofrimento, medo e desespero, e que pode ser nocivo, é a *negação*: “O paciente pode postergar ou abandonar o tratamento, desacreditar nos resultados de exames, agir como se nada de grave estivesse acontecendo ou tentar fazer crer que seu problema clínico é de natureza mais

branda do que todos estão pensando” (Botega, 2006, p. 46). A gestação, enquanto associada ao HIV/AIDS, pode se acercar dessa ação defensiva:

A maternidade, nesses casos, além de suscitar a negação, traz sentimentos de culpa, medo e castigo muito fortes. O sofrimento se faz evidente e a intenção de não retomar posteriormente o próprio tratamento muitas vezes é explícita, apesar de que sem justificativas objetivas” (Carvalho & Piccinini, 2008, p. 1896).

Portanto, uma atitude defensiva que, evoluindo, pode se intensificar, comprometendo, inclusive, o autocuidado da gestante. A demora em aderir à TRAV, pode, em muitas situações, ser a expressão dessa atitude defensiva, enquanto estratégia imediata para lidar com o estado de angústia gerado pelo diagnóstico (Cechim, Perdomini, & Quaresma, 2007; Gonçalves & Piccinini, 2007, Veras, 2007). Todavia, no caso das participantes, constata-se que a negação não se consolida, prevalecendo a adesão ao tratamento:

P5: Pior foi quando eu descobri que tinha. Aí eu chorei, me desesperei, mas tomar o remédio também é ruim, mas tem que tomar. Fazer o quê?!

P8: É, como diria, aquele negócio: para mim, pelo menos na minha cabeça, é tudo de ruim. Para mim, é tudo ruim porque é como se você tivesse assinado uma sentença de morte, [mas se] tem que tomar, então vou tomar.

Mas o fator que prioritariamente contribui para a adesão à TARV é a percepção de que esta configura uma possibilidade real de autoproteção e, principalmente, de proteção do filho. O vínculo mãe-filho, com todo o cuidado físico e afetivo que este comporta e pelo qual a maternidade se materializa, é o que motiva a superação do estado de desconforto relacionado à terapia, principalmente da quantidade de comprimidos a ingerir. Portanto, a terapia também se apresenta como um meio de intensificação e consolidação do vínculo subjetivo mãe-filho:

P2: Pela minha saúde e do meu filho, eu tomo. Aí eu vou tomando, tomo de 7 da manhã e 7 da noite, tudo direitinho, e até hoje não tive problema nenhum. [...] ela disse que eu tenho que tomar muita vitamina C, para não deixar de, é, para não ficar fraca. Todo remédio que ela passa, tomo tudo direitinho.

P5: Na realidade, agora, como faz pouco tempo, a médica falou que eu não teria que tomar pra mim, teria que tomar pro bebê. No começo, fiquei até feliz, por saber que ele tem grande chance de nascer sem [AIDS], através da medicação. Como, no caso, eu tenho que tomar para ele, faço de tudo para que não falte, não passe da hora. Faço tudo, tudo, [para] que saia tudo certinho.

P9: Agora estou mais conformada, vi que está tomando [o remédio] vai fazer bem pro meu filho. Não queria não, mas depois que eu vi que era para meu bem e da criança, aí me dediquei mais, agora já estou acostumada.

A maternidade, superando a perspectiva estritamente reprodutiva da gestação e articulando uma posição altruísta da mulher-mãe em relação à criança-filho, ressignifica a TRAV. As

gestantes sentem-se, então, obrigadas a fazer tratamento, mesmo explicitamente contrariadas, em função de terem se descoberto grávidas. Elas se negavam ao tratamento como mulheres, mas não como mães. Essa mudança de comportamento pode estar associada tanto a aspectos subjetivos como sociais e históricos do ser mulher e mãe. Como mãe, a mulher parece utilizar-se de todos os recursos disponíveis para cumprir seu papel de protetora, o que pode justificar a opção pela profilaxia, mesmo a contragosto (Carvalho & Piccinini, 2006, p. 349).

Em relação à expectativa de utilização da terapia na criança, observa-se uma atitude extremamente positiva das gestantes. Todas consideram a necessidade e a importância de sua realização, enquanto uma alternativa efetiva para cuidar do filho e evitar sua contaminação:

P2: É, tem que ser, é para o bem dele. Eu tenho que ir pelo que a médica está dizendo. Se eu estou tomando para a minha saúde, tenho que dá também para a dele. Vou dar o medicamento que ele tem direito.

P10: E acho que se tem que tomar, não me preocupo muito, quero que tome mesmo. O que eu puder fazer pra ele, pra amenizar o sofrimento dele, eu faço!

P11: Eu me sinto bem, porque, pelo menos, ele também vai estar se tratando, se cuidando. Pelo menos isso. E se for para o bem dele, acho que, no caso, não só da minha parte, mas como da parte do pai, tenho certeza de que a gente faria de tudo.

Essa atitude positiva não implica que a utilização da terapia seja um processo tranquilo e já elaborado no contexto da gestação. Embora tenham ciência de sua importância e se disponham a realizá-la, podem demonstrar um estado de tristeza e apreensão, permeado de culpabilidade. Assim, a TARV é, por um lado, uma estratégia preventiva, que salvaguarda a saúde do filho e, por outro, uma forma de, “salvando” esse filho, redimir-se perante sua culpa:

P3: Eu me sinto muito triste por minha filha ter que passar por isso. Eu não queria não, mas, pelo bem dela, acredito que vai dar tudo certo. Estou me sentindo normal e me interessando mesmo para que dê tudo certo com ela. Porque eu peço muito a Deus para que nada atinja ela.

P9: Fazer, mas é muito difícil. É muito difícil tanto para mim quanto para ele [marido], para ela [filho] também. É muito, muito difícil. Você imaginar que vai botar um ser no mundo, quase perfeito e, de repente, você descobrir que, por sua causa, você não está botando, você bota uma pessoa doente.

É importante frisar que, além da rotina medicamentosa, pode-se identificar outros fatores comprometedores da adesão à TARV, por exemplo, a dificuldade financeira das mulheres para se deslocarem até o serviço de saúde, a inexistência de uma rede social que ajude a cuidar da família durante as consultas e os exames e a comunicação dos profissionais de saúde, que, muitas vezes, desconsidera as especificidades emocionais dessas gestante (Brito et al., 2006).

A indicação do parto cesáreo

Estima-se, no Brasil, uma taxa de partos cesáreos em torno de 38,6%. Por seu caráter elevado, isso permite constatar que, em geral, e, principalmente, no âmbito dos serviços privados, há uma excessiva medicalização do parto. Sua escolha é decorrente de alguns fatores, citando, dentre outros, o maior benefício financeiro dos médicos, a realização de laqueadura, a menor expectativa de dor pela gestante, a rapidez e a falta de informação pelos cônjuges (Faisal-Cury & Menezes, 2006). Como se observa, trata-se de uma escolha influenciada por fatores institucionais e culturais, ao invés dos preceitos clínicos que fundamentam e justificam sua realização, ou seja, a prevenção ou resolução de intercorrências que expõem a mãe ou o bebê a situações de risco.

No caso das gestantes vivendo com HIV, o parto cesáreo pode se dar por sua solicitação direta ou por recomendação terapêutica, ou seja, enquanto uma orientação preventiva diante da TV (MS, 2010). Cabe ao serviço de saúde, durante o pré-natal e gestação, informar e orientar sobre a necessidade de sua realização, pois fatores inerentes ao parto vaginal, como a exposição do feto às secreções do canal vaginal, microtransfusões de sangue da mãe para a criança por contrações uterinas e intercorrências que exijam o parto a fórceps ou vácuo-extracção, favorecem a contaminação, especialmente quando a carga viral está acima de 1.000 cópias/ml (Duarte, Quintana, & El Beitune, 2005; MS, 2010). Em geral, a cesareana eletiva é indicada quando se trata de “gestantes HIV+ que não realizaram profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação, que usaram apenas monoterapia com AZT ou que tenham sua carga viral, com 34 semanas ou mais de gestação, desconhecida ou superior a 1.000 copias/ml” (MS, 2010, p. 103). Diante do esclarecimento, observa-se, por parte das gestantes, uma boa aceitação da cesárea, pois prevalece a necessidade da preservação da saúde da criança, além da satisfação de expectativas prévias, como realizar a laqueadura ou evitar a revivência dolorosa da experiência do parto vaginal:

P4: Eu tive dois partos cesáreos e um normal, portanto eu sempre dizia a todo mundo que, se fosse para escolher entre [um e] outro parto, seria o cesáreo, porque do normal eu quase morro, quase morro. Eu até fiquei mais aliviada.

P12: Eu preferia ter cesáreo mesmo, porque eu pedi a ela uma ligação, para mim não tem nenhum problema.

Outras gestantes demonstram certa insatisfação, embora se conformem diante da realização do parto cesáreo, preferindo, caso tivessem a possibilidade de escolha, o parto vaginal:

P1: Fico com medo também de ter cesárea, meu outro filho foi normal, eu até acharia melhor se fosse normal, mas com o parto cesáreo tem menos possibilidade de a criança não ter [AIDS], aí o medo passa, mas na hora acho que vou ficar nervosa. Queria que fosse normal. O meu menino, o outro, foi normal, [como] vou ter cesárea, vou saber como são os dois.

P2: Já que eu não podia ter aquela chance de ter meu filho normal, já que será cesárea, eu estou feliz. Vou fazer o quê? É

como Deus quiser. Não fiquei triste, estou muito feliz, sei que tudo vai dar certo, tenho é que ter fé e acreditar.

Como se observa, sendo a saúde da criança o argumento maior para a decisão, embora insatisfeitas, as gestantes terminam por aceitar a cesárea. Essa insatisfação decorre tanto do conhecimento de certas condições clínicas positivas associadas ao parto vaginal, por exemplo, a recuperação rápida no pós-parto, como de crenças socioculturais e subjetivas sobre a maternidade, dentre as quais, tem-se aquela que relaciona a vivência dolorosa inerente ao parto vaginal como um aspecto que favorece o reconhecimento da mulher no papel de mãe:

P12: [Gostaria que fosse] normal. Recuperação mais rápida. Como não é da vontade da gente, quer dizer, eu preferia que fosse natural.

P10: Fiquei triste também. Porque eu gostaria mesmo é que meu parto fosse normal, gostaria de poder sentir a dor de ser mãe e, infelizmente, devido a essa doença, não vou poder passar por isso. Tem que ser feito o parto cesáreo.

Outros fatores, como geralmente ocorre, podem estar relacionados à insatisfação com o parto cesáreo: risco de infecção, inflamação de pontos, complicações anestésicas etc. (Knauth, Barbosa, Hopkins, Pegorario, & Fachini, 2002). Todavia, qualquer que seja o grau de satisfação/insatisfação com esta medida, é importante que a gestante elabore subjetivamente a decisão, não sendo esta o mero atendimento de um preceito de ordem médica e institucional.

A privação da amamentação

No Brasil, a partir do início da década de 80, observa-se um conjunto de ações, governamentais e não governamentais, visando difundir a importância do aleitamento materno para a saúde da mãe e da criança (Almeida & Novak, 2004). Apoiada numa perspectiva organicista, essas ações ressaltam, por um lado, os benefícios para a criança, como, por exemplo, a prevenção de doenças respiratórias e infecções urinárias, e, por outro, os benefícios para a mãe, tais como a diminuição do risco de doenças (diabetes e câncer de mama ou de ovário) e a perda de peso. Nesses termos, o objetivo a que se propõe essa perspectiva é promover a “compatibilização das peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente com as descobertas acerca das propriedades biológicas ímpares do leite humano” (Almeida & Novak, 2004, p. 124).

Além dessa perspectiva, a amamentação também comporta um valor simbólico, já que, nos diversos contextos socioculturais, adquire significações que, suplantando sua função nutricional e preventiva, torna-a irredutível a uma manifestação meramente instintiva (Carrascoza, Costa Júnior, & Moraes, 2005; Moreno, Rea, & Filipe, 2006). O aleitamento, ao configurar um vínculo de cuidado e afeto, faz a mulher vivenciar a maternidade e desempenhar o papel de mãe (Alfaya & Schermann, 2005; Thomaz, Lima, Tavares, & Oliveira, 2005). Além da proteção orgânica, permite o investimento afetivo, servindo à realização do desejo materno e à efetivação da relação mãe-filho, fato relevante ao desenvolvimento emocional da criança (Freud, 1905/1972).

Para as gestantes portadoras de HIV, pode se configurar uma situação paradoxal e conflituosa: o leite, que simbolicamente representava a saúde e a vida do filho, agora é uma causa possível de seu adoecimento e morte. Torna-se, involuntariamente, uma ameaça para o filho, como se fosse obrigada a perceber a transfiguração do seu desejo de amor que se articulava na amamentação, num ato de conotação ameaçadora à integridade do filho (Gonçalves & Piccinini, 2007; Rigoni et al., 2008). Uma redefinição simbólica que dificulta o exercício do papel de mãe e articula uma perda vivida, às vezes, de forma melancólica e culpabilizante. Todavia, trata-se de uma vivência que, embora seja emocionalmente negativa, é, aos poucos, elaborada:

P1. [Amamentar] é o sonho de todas as mães, não é? O primeiro filho, e é a primeira coisa que vem na cabeça de uma mãe, é ficar logo cheia de leite, e o meu sonho era esse. Desde que Deus me deu esse filho, é a coisa mais linda que eu acho, é quando estou amamentando. Quando [a médica] disse isso [, que não poderei amamentar,], chorei, mas é assim mesmo, porque toda mãe quer amamentar seu filho com seu próprio leite, mas você tem que passar o nó e não se desesperar [...] conformar-se mesmo.

P12: Fiquei um pouco triste porque não vou poder amamentar. Acho assim: mãe, para ser mãe, quando a gente amamenta, a gente se sente mais mãe, no caso como eu não vou poder. Então, com isso tudo, acabou que terminei ficando um pouco triste.

P7: Fiquei triste, porque não vou poder amamentar. Eu fico triste em saber que tenho [leite] e não vou poder dar a ele.

Essa melancolia e culpa é mais intensa quando a gestante também se percebe privada e sendo privada da dimensão afetiva que envolve a amamentação, pois, social e subjetivamente, a função nutriz do ato de amamentar é ressignificada: satisfaz não só a fome de alimento, mas, principalmente, a de amor. O ato de cuidar e proteger o filho, o exercício do *holding*, para a mulher, é, também, um ato de autoafirmação de sua função materna (Winnicott, 1990). Em tal contexto, a privação dessa função pode ser percebida como um entrave ao vínculo afetivo mãe-criança, e, consequentemente, à dimensão organizadora que este comporta para um e outro:

P6: Meu último filho mamou 3 anos, tem 6 anos hoje. Com 3 anos, ele parou de mamar, aí é triste, não é? [...] Porque, na hora da amamentação, a gente transmite muito amor, muito afeto, não é? Isso eu não vou passar para esse, mas é assim mesmo.

Concomitante a essas vivências, a gestante também demonstra certa expectativa ansiosa diante dos familiares e amigos, pois estes, se a perceberem em condições de amamentação, sem o fazê-lo, poderão emitir repreensões por sua recusa, o que exigiria a revelação da soropositividade ou um maior esforço para ocultá-la (Cordova, Luz, Innocente, & Silva, 2013). Numa e noutra situação, haverá uma condição de ansiedade, todavia a possibilidade de revelação parece intensificar o temor da discriminação, ocasionando uma expectativa negativa sobre o processo de amamentação:

P3: Até hoje, eu ainda fico meio assim, triste, porque eu acho que todo o mundo vai ficar perguntando: Não dá de mamar a

teu filho? É porque ele não pega no peito? Não sei nem como é que vai ser, ainda estou meio, assim, triste, não me conformo ainda, não poder dar de mamar. Eu queria amamentar, porque as pessoas perguntam logo: Por que não amamenta? Já vi muitas mães perguntando, eu fico pensando já a respeito, sobre isso, o que é que eu vou fazer, a resposta que eu vou ter que dar.

P4: Triste em relação de não poder amamentar, como também vem aquilo na cabeça: O que eu vou dizer? Por que tu não estás amamentando? Tu não tens leite? E você não querer contar, não querer se expor, não querer abrir sua vida para ninguém. Agora vem, para mim, a pior parte: a amamentação. O que eu vou dizer?

Em termos psicológicos, o aleitamento natural é uma condição que favorece positivamente o vínculo afetivo entre a mãe e a criança, embora não seja uma condição necessária ou suficiente. Tem-se, por um lado, que a recorrência à amamentação por si só não assegura um bom vínculo afetivo, e, por outro, que este vínculo é plenamente possível, ainda que a gestante use um método artificial de aleitamento, como a mamadeira. O fator relevante, mais do que o método de aleitamento, se natural ou artificial, é a atitude de acolhimento da mãe, se ela desenvolve uma interação verbal e não-verbal que assegure à criança seu investimento afetivo (Winnicott, 1990).

Quando se relega essa condição psicológica, situação que se observa na divulgação da amamentação realizada pela mídia e pelos serviços de saúde, estimula-se um sentimento de culpa nas mulheres que, por algum motivo, pessoal ou cultural, não queiram amamentar, ou que, como as portadoras de HIV, estão impossibilitadas de fazê-lo (Feliciano & Souza, 2011; Marques, Cotta, & Priore, 2011). Para evitar ou amenizar esse sentimento, é importante desenvolver a compreensão de que o seio é um dos canais através dos quais a mãe, e, aí, por meio da função nutriz, expressa para si e para criança seu desejo de filiação e, também, de que, existindo esse desejo, o seio, sem culpabilidade, pode ser substituído pela mamadeira, e o leite natural, pelo artificial. Ao mesmo tempo, é importante ressaltar a existência de outros canais que permitem à mãe comunicar seu desejo pelo filho: o ninar, o banhar, o acariciar, o olhar etc. Essa orientação é relevante para qualquer gestante e necessária àquelas portadoras de HIV, que, além de tudo, estão subjugadas a atitudes preconceituosas.

Considerações Finais

Durante a gravidez, é esperado que os genitores, e especialmente as mães, demonstrem expectativas ansiosas em torno das condições de saúde física e psíquica do filho. Com o diagnóstico de HIV/AIDS e a possibilidade da TV, essa ansiedade se intensifica, gerando sentimentos de tristeza e medo, uma vez que o adoecimento, e, em última instância, o óbito do filho, tornam-se uma realidade objetivamente possível.

Não se trata, portanto, da preocupação imaginária que, em geral, permeia a fantasia dos pais, mas daquela que, saindo do imaginário, se insere como um dado concreto, real, no cotidiano da gravidez. Tem-se, então, uma gestação na qual as expectativas negativas intervêm, gerando uma relação ansiosa na diáde mãe-

criança, e, também, entre a mãe e seus vínculos socioafetivos, ou seja, com o cônjuge, a família e os amigos, já que o estigma e o preconceito ainda são aspectos significativos em torno das representações sócio-culturais e subjetivas sobre o HIV/AIDS.

Dessa forma, as medidas preventivas da TV acarretam as seguintes reações emocionais nas gestantes: a) resistência inicial à TARV devido à grande quantidade de medicamentos a serem ingeridos cotidianamente, mas, progressivamente, pela compreensão dos benefícios acarretados, elas aderem ao tratamento, inclusive a terapia do filho quando do seu nascimento; b) insatisfação inicial, mas superável, em relação à possibilidade de indicação da cesariana eletiva, pois o parto natural é percebido como um meio de afirmação e expressão da maternidade, além de ser considerado o mais favorável à recuperação física e c) frustração e culpabilização pela impossibilidade da amamentação, percebida como fundamental à materialização do vínculo afetivo mãe-filho. Para esta última, em particular, na tentativa de evitar tais sentimentos de culpabilização, é importante esclarecer e orientar à gestante sobre o fato de que o vínculo afetivo mãe-criança independe do tipo de aleitamento, ou seja, se natural (seio) ou artificial (mamadeira). O investimento afetivo depende, antes e sempre, de uma atitude emocionalmente acolhedora da mãe.

Esse conjunto de observações traz um alerta aos profissionais de saúde que lidam com gestantes soropositivas: a necessidade de um apoio e acompanhamento psicossocial. É preciso operacionalizar uma assistência humanizada, que, além das ações clínicas direcionadas à prevenção e tratamento do HIV/AIDS, também enfatize a condição emocional e sociocultural da gestante. O diagnóstico instala a necessidade de um apoio que englobe e articule a gestante e sua rede de convívio sociofamiliar, pois o saber-se soropositiva, devido às incertezas e aos temores que acarreta em torno de si e do filho, impõe uma mudança na perspectiva existencial. Uma assistência integral pressupõe profissionais que acolham o sofrimento inerente a tal mudança.

É importante observar que o presente estudo comporta algumas limitações. Para sua devida apreciação, é necessário observar que as significações discutidas podem variar, por exemplo, conforme o período gestacional, ou seja, em seu início, quando a gestante é informada da infecção, ou no seu término, caso lhe seja comunicado que a carga viral está superior a 1.000 cópias/ml. Variações também podem ser observadas quando a gestante é adolescente, primípara, portadora de transtorno mental etc. Essas estratificações sugerem a necessidade de estudos distintos, os quais podem, inclusive, abordar variáveis como idade, estado civil, escolaridade, tipo de relacionamento afetivo, residência etc. Todavia, os dados encontrados são relevantes, pois, articulados a outros estudos, propiciam aos profissionais de saúde uma melhor efetividade no desenvolvimento das ações de aconselhamento e apoio emocional às gestantes com HIV/AIDS.

Referências

Alfaya, C., & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em diádes com recém-nascidos de risco. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(2), 279-285.

Almeida, J. A. G., & Novak, F. R. (2004). Amamentação: Um híbrido natureza-

cultura. *Jornal de Pediatria*, 80(5 - Suplemento), 119-125.

Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Botega, N. J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência* (pp. 43-59). Porto Alegre: Artmed.

Brito, A. M., Szwarcwald, C. L., & Castilho, E. A. (2006). Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(2), 86-92.

Carneiro, A. J. S., & Coelho, E. A. C. (2010). Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: O olhar da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(suplemento 1), 1217-1226.

Carrascoza, K. C., Costa Júnior, A. L., & Moraes, A. B. A. (2005). Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(4), 433-440.

Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10(2), 345-355.

Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2008). Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(6), 1889-1898.

Carvalho, F. T., Faria, E. R., Gonçalves, T. R., Moskovics, J. M., & Piccinini, C. A. (2009). Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/Aids: Uma revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 157-173.

Cechim, P. L., Perdomini, F. R. I., & Quaresma, L. M. (2007). Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 519-523.

Cordova, F. P., Luz, A. M. H., Inocente, A. P., & Silva, E. F. (2013). Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 97-102.

Duarte, G., Quintana, S. M., & El Beitune, P. (2005). Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(11), 698-705.

Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Fatores associados à preferência por cesariana. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 226-232.

Feliciano, D. S., & Souza, A. S. L. Para além do seio: Uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. *Jornal de Psicanálise*, 44(81), 145-161.

Fonseca, M. G. P., Szwarcwald, C. L., & Bastos, F. I. (2002). Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 678-685.

Franco, M. L. P. B. (2008). *Análise de conteúdo*. Brasília: Liber Livro.

Freud, S. (1972). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 7, pp. 123-250). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1905)

Gir, E., Vaichulonis, C. G., & Oliveira, M. D. (2005). Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 634-641.

Gonçalves, T. R., & Piccinini, C. A. (2007) Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo hiv/aids. *Psicologia - USP*, 18(3), 113-142.

Knauth, D. R., Barbosa, R. M., Hopkins, K., Pegorario, M., & Fachini, R. (2002). Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. *Interface (Botucatu)*, 6(11), 39-54.

Leite, J. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 121-133.

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Marques, E. S., Cotta, R. M. M., & Priore, S. E. (2001). Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(5), 2461-2468.

Minayo, M. C. S. (2002). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

Ministério da Saúde (MS). (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Recuperado de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adesao_web.pdf

Ministério da Saúde (MS). (2010). *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: Manual de bolso*. Recuperado de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_yf.pdf

Ministério da Saúde (MS). (2012). *Boletim Epidemiológico AIDS - Ano IX, nº 1 - julho a dezembro de 2011 / janeiro a junho de 2012*. Recuperado de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_jornalistas_pdf_22172.pdf

Moreno, C. C. G. S., Rea, M. F., & Filipe, E. V. (2006). Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6(2), 199-208.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). (2012). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Recuperado de http://www.unaids.org.br/documents/UNAIDS_GR2012_em_en.pdf

Rigoni, E., Pereira, E. O'D. S., Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2008). Sentimentos de mães portadoras de HIV/AIDS em relação ao tratamento preventivo do bebê. *Psicologia - USF*, 13(1), 75-83.

Thomaz, A. C. P. Lima, M. R. T., Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: Variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(1), 139-146.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

Veras, J. F. (2007). Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus hiv: Um desafio para a clínica contemporânea. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(2), 266-275.

Winnicott, D. W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Charménia Maria Braga Cartaxo, doutora em psicologia da educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), é professora adjunta do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Pernambuco (ICB-UPE) e da Residência em Psicologia e Saúde Mental da Universidade de Pernambuco e do Hospital Ulysses Pernambucano (UPE-HUP). Endereço para correspondência: Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife, Pernambuco, Brasil. CEP: 50.100-130. E-mail: charmenia.cartaxo@bol.com.br

Carlos Alberto Domingues do Nascimento, doutor em Linguística (Psicolinguística / Filosofia da Linguagem) pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), é professor adjunto da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE) e da Residência em Psicologia e Saúde Mental da Universidade de Pernambuco e do Hospital Ulysses Pernambucano (UPE-HUP). E-mail: minguesnascimento@hotmail.com

Cinthia Martins Menino Diniz, residência em saúde da mulher pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), é enfermeira subgerente da emergência ginecológica e obstétrica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). E-mail: cinthiamartinsm@yahoo.com.br

Danyelle Rodrigues Pinheiro de Araujo Brasil, especialista em enfermagem em saúde da mulher pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), é professora Auxiliar do Curso de Enfermagem na Faculdade Estácio do Recife (FER)

E-mail: danyellerparaujo@yahoo.com.br

Iris Fátima da Silva, especialista em urgência e emergência em enfermagem pelo Espaço Enfermagem (EE), é enfermeira na emergência pediátrica no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). E-mail: irisfatinas@hotmail.com